

「福祉の職場体験事業」受け入れ希望調書

法人名		担当者氏名	
-----	--	-------	--

「福祉の職場体験事業」について、下記のとおり受け入れを希望します。

記

1 事業所名等

事業所名		事業種別※	
------	--	-------	--

※事業種別は下欄から選択して転記

特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・地域密着型特別養護老人ホーム 通所介護（デイサービス）・短期入所生活介護（ショートステイ） 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）・小規模多機能型居宅介護 介護付き有料老人ホーム（特定施設） 障害者就労継続支援A型・障害者就労継続支援B型・その他障害者関係事業 保育所・乳児院・児童発達支援事業・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・その他			
---	--	--	--

事業所住所	〒		事業所 エリア※	
	市町村～			
	※事業所エリアは 右から選択して転記	佐久・上小・諏訪・上伊那・飯田下伊那・木曾 松本・大北・長野・北信		
電話番号			FAX	
申込担当者 氏名			体験担当者 氏名	

2 受入人数等

受け入れ可能コース	基礎体験コースのみ		基礎・業務体験コース ともに可	
	業務体験コースのみ			
1日の受入可能人数		人		
受入可能時期	いつでも 可能		条件あり	条件に ついて
受入可能曜日	いつでも 可能		一部不可	不可な 曜日

3 留意事項

--